

Plan de débordement des urgences

Niveau d'alerte	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	
Taux d'occupation des civières (%)	Taux d'occupation de 100% à 140%	Taux d'occupation de plus de 140% 40% des patients sur civière en attente d'admission	Taux d'occupation de plus de 160% 60% de patients sur civière en attente d'admission	
Déclenchement	Via la valise de garde déclenchement du niveau d'alerte atteint. Responsable: Celui qui anime le comité opérationnel de 10h.			
Actions à l'urgence	Équipe PPCC Favoriser toutes alternatives à l'hospitalisation.	Réviser les besoins en ressource de l'équipe médicale et des autres professionnels : le chef du département d'urgence se réserve le droit de modifier l'horaire ou effectuer un ajout du même jour en fonction des besoins. Les professionnels de la santé (travailleurs sociaux et physiothérapeutes) évaluent le besoin d'ajout d'un second professionnel avec leur coordonnateur clinique. Responsable : chef du département d'urgence en collaboration avec le coordonnateur à l'urgence et le CCA responsable des professionnels.		
	Pour les professionnels en CH (DSMC) : processus de réévaluation de la pertinence des requêtes en continu. Prise en charge précoce des requêtes afin d'éviter les séjours prolongés pour la clientèle vulnérable. Agit en support au SAD afin d'accélérer les processus d'orientation des usagers hospitalisés en respect des délais prescrits	Les chefs de service des professionnels en CH communiquent systématiquement avec leurs équipes respectives afin d'activer la mobilisation du processus de priorisation des requêtes. Coordination de la mobilisation en partenariat avec le SAD-DDR-DJ .		
	S'assurer que tous les admis sur civière ne peuvent pas être pris en charge en médecine de jour. Responsable : médecin de l'urgence ou le coordinateur médical, chef de médecine de jour, l'ASI, l'infirmière de liaison.	Réviser immédiatement le cas de tous les patients sur civière à l'urgence. Évaluer la pertinence des tests et consultations demandées. Transformer un minimum de 10% des patients admis sur civière vers la médecine de jour, pour éviter l'hospitalisation. Responsable : médecin de l'urgence ou le coordinateur médical, l'ASI, l'infirmière de liaison.		
	Assurer le suivi des délais de réalisation des examens de graphie simple en moins de 1h et de réalisation et de lecture des examens de graphie complexe en moins de 2h. Faire le lien avec le technologue en radiologie- responsable : infirmière au patient et ASI, infirmière de liaison. Tous les examens de radiologie pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures sont à faire en ambulatoire. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence. Examens pour un plateau technique: Tous examens diagnostics ou thérapeutiques pouvant être réalisés de façon sécuritaire en 24-48 heures, à faire en ambulatoire. Plage horaire réservée pour la clientèle de l'urgence.	Donner accès immédiats au plateau diagnostic pour les urgences (labo et radiologie). Responsable : ASI en collaboration avec gestionnaire du laboratoire et d'imagerie médicale		
	Toutes les consultations pouvant être réalisées de façon sécuritaire en 24-48 heures sont à faire à l'extérieur de l'urgence. Plage horaire réservée pour la clientèle. Appliquer la procédure en cas de non-respect des délais de consultation à l'urgence. Responsable : médecin de l'urgence ou coordinateur médical. Aviser de nouveau les consultants de la demande de consultation Responsable : adjointe administrative de l'urgence	Viser une réalisation des consultations en < 2h. Réviser le cas des patients pour lesquels une consultation a été demandée et dont le délai de réalisation est de > 2h, valider sa pertinence. En psychiatrie, assurer un nombre suffisant de psychiatres à l'urgence pour la réalisation des consultations. Responsable : médecin de l'urgence ou coordinateur médical. Aviser de nouveau les consultants de la demande de consultation Responsable : commis de l'urgence	Réaliser immédiatement les consultations à l'urgence. Aviser les consultants des consultations à compléter immédiatement. Responsable : commis.	
	Le coordonnateur médical revoit la pertinence des consultations à l'urgence	Étendre l'application des règles d'utilisation de la salle d'urgence portant sur les consultations de 16h à 18h: - S'il est probable que la consultation mène à un congé ou à un changement dans le TX, le médecin d'urgence appellera le consultant. Ajout au besoin d'un 2e médecin consultant lorsque le volume de consultation dépasse la capacité du médecin consultant. Responsable : médecins consultants	Étendre l'application des règles d'utilisation de la salle d'urgence portant sur les consultations de 16h à 20h: - S'il est probable que la consultation mène à un congé ou à un changement de TX, le médecin d'urgence appellera le consultant. Ajout au besoin d'un 2e médecin consultant lorsque le volume de consultation dépasse la capacité du médecin consultant. Responsable : médecins consultants	
	La notion d'orphelin n'existe plus : désigner un département ou un service clinique dans lequel le patient non admis sera admis. Admission possible sur tous les quarts, discussion médecin de l'urgence et hospitaliste. Responsable : coordonnateur médical à l'urgence ou le médecin urgentologue responsable du patient en l'absence du coordonnateur, DSP.			
	Actions aux unités de soins	Équipe PPCC: Réviser les obstacles au congé pour les patients hospitalisés et prioriser les actions à mettre en place pour organiser immédiatement le congé. Escalader les obstacles au congé qui ne sont pas dénoués, les inscrire dans le tableau prévu à cet effet (inscrire canal Teams) via le comité opérationnel. Après 3 jours en niveau d'alerte 3, le comité arrimage se réunit selon les besoins et selon les obstacles escaladés. Responsables : chefs d'unité, médecins traitants, coordonnateurs à la gestion des séjours, infirmières de liaison, chefs d'équipe et/ou ASI des unités de soin, cheffes des professionnels.		
Regrouper devant le poste infirmier dans des fauteuils gériatriques les patients ayant reçu leur congé. Responsable : Chefs d'unités				
Admission de patients en surcapacité par unité telle que préétablie par la DSI* Responsables: chefs d'unités de soins				
Ouvrir les civières de surcapacité au corridor. L'usager ciblé pour occuper la civière de surcapacité demeure sur la civière de surcapacité jusqu'à son congé ou jusqu'au retour à la normale.		Considérer l'admission des usagers sur civière selon le nombre de congés ciblés, l'usager reste sur sa civière d'urgence et est déplacé à l'unité de soins à 11h00. Responsable : Chefs d'unités, chefs de département, CCA, DSI		

Niveau d'alerte	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3
	<p>Selon le taux d'occupation de la salle de réanimation, envisager d'admettre aux soins intensifs en surnuméraire (si chambre innocupée) lorsque des lits de soins intensifs sont occupés par des patients qui ont déjà leur congé des soins intensifs. Responsable : coordo de séjour, coordo hospitalier, CCA des soins intensifs.</p>		
	<p>Assurer la prise en charge des chirurgies urgentes de la journée par la CDJ lors de leur annonce. Responsable : coordo de séjour, coordo médical du bloc</p>		<p>Envisager la possibilité de cesser temporairement les AJM électives non urgentes. Diminuer le nombre de chirurgies afin d'atteindre un taux d'occupation de moins de 140% dans les prochaines 24 heures. Donner congé aux patients admis en attente de chirurgie. Ne s'applique pas aux cas oncologiques. Responsable : coordonnatrice la gestion des lits</p>
<p>Actions : DSMD</p>	<p>Réévaluation du patient admis en attente d'un lit en psychiatrie, à tous les quarts de travail par son infirmière; Assurer l'assignation des dossiers aux intervenants/équipes externes pour une prise en charge dans les 48 heures (procédure de planification précoce des congés); Maintien de 8 lits de débordement et 10 lits de débordement au CRDO; tournées supplémentaires de congé précoces systématiques sur les unités SM; Réévaluation systématique des usagers admis à l'urgence de plus de 48h; Favoriser la présence de la travailleuse sociale DSMD dès le triage. Responsable : chef de programme gestion des séjours et cas complexes en santé mentale</p>	<p>Réviser les transferts interétablissements et les admissions non urgentes. Responsable : coordonnatrice à la gestion des lits, infirmière de liaison des étages et coordonnateur médical hospitalier.</p>	<p>Cesser d'accepter les transferts et les admissions non urgents. Responsable : coordonnatrice à la gestion des lits, l'infirmière de liaison des étages et coordonnateur médical hospitalier.</p>
<p>Actions : DSAPA</p>	<p>MAH avisé par les différents CHSLD et RI des lits de libres ou à venir en continu Responsable: Gestionnaire responsable du MAH et responsables des milieux d'hébergement S'assurer que la gestion des admissions dans les différents lits d'hébergement aura un impact sur la fluidité hospitalière Responsable: Gestionnaire responsable du MAH Assurer le suivi du respect des délais d'admission en CHSLD (48 hrs) Responsable: Directeur adjoint à l'hébergement, responsables de site et gestionnaire du MAH Assurer le respect strict du délai de 24 heures pour rendre une chambre vacante disponible post-décès; Responsable: Directeur adjoint à l'hébergement, responsables de site S'assurer que tous les usagers connus du SAD sont suivis par leur intervenant dès leur admission au CH pour déjà planifier le retour à domicile en concordance avec le PPCC Responsable : Gestionnaire responsable des intervenants SAD et NSA Implication de l'équipe NSA pour les usagers non connus du SAD pour évaluer toutes les options pour un retour à domicile en concordance avec le PPCC Responsable : Gestionnaire responsable NSA Dépistage de tous les usagers de 75 ans et plus sur civière à l'urgence par l'équipe NSA pour planifier un retour à domicile (suivi intensif, place de transition ...) Responsable : Gestionnaire responsable NSA Participation des responsables NSA aux rencontres de coordination NSA deux fois par semaine en collaboration avec la DSI et autres directions cliniques. Responsable : Coordinatrice SAD, gestionnaire responsable NSA, Gestionnaire du MAH Offre de services en prévention du déconditionnement en RPA et pour des usagers en attente de services à domicile et clinique de prévention des chutes (prioriser ces requêtes pour prise en charge rapide par gériatres) Responsable : Coordinatrice SAD</p>	<p>Assurer la prise en charge immédiate des dossiers par les intervenants externes et les équipes SI-SIV; prise en charge accrue ÉRIC; ajout d'une infirmière liaison SM; Augmenter le ratio dégrisement vs réadaptation) pour sevrage de niveau 3.7 et moins; Utilisation des 5 places Montcalm et 10 places MCN; mise en place de cellules quotidiennes des chefs int/ext SM; Réévaluation systématique des usagers admis à l'urgence de plus de 48h; Favoriser la présence de la travailleuse sociale DSMD dès le triage. Responsable : chef de programme gestion des séjours et cas complexes en santé mentale</p> <p>Ouverture de lits de répits et/ou de lits surnuméraires aux unités de vie selon les capacités. Responsable: directeur adjoint hébergement</p> <p>Cesser tous les transits internes en CHSLD et RI pour éviter l'augmentation du délai d'admission pour le lit libéré *important de noter que les transits de plus de 6 mois devront être priorisés tout de même Responsable : Gestionnaire du MAH</p> <p>Appliquer la politique de Continuité de soins et services pour les usagers qui ne requièrent pas de soins aigus (P-042) donc acceptation de transit dans un autre milieu de vie Responsables: directeurs SAPA, gestionnaire responsable du MAH</p>	<p>Retour des usagers en fin de traitement dans les territoires périphériques; Ajout de ressources au triage (TS, infirmière en santé mentale) pour réorientation des usagers; Ajout d'un psychiatre à l'urgence; Utilisation de la trajectoire Abitibi; Ouverture plus rapide de l'UIB; rapatriement prioritaire de l'unité 5 Est au CH Gatineau pour concentration de l'équipe médicale; Réévaluation systématique des usagers admis à l'urgence de plus de 48h; Favoriser la présence de la travailleuse sociale DSMD dès le triage. Responsable : chef de programme gestion des séjours et cas complexes en santé mentale</p> <p>Prioriser les usagers en attente d'hébergement en CH pour admission en RI et CHSLD Responsable : Gestionnaire du MAH</p> <p>Explorer l'achat de places en CHSLD privé conventionné et RI Responsable : Coordinatrice SAPA RNI-SGE et Directeur adjoint</p> <p>Appliquer la politique de Continuité de soins et services pour les usagers qui ne requièrent pas de soins aigus (P-042) donc acceptation de transit dans un autre milieu de vie Responsables: directeurs SAPA, gestionnaire responsable du MAH</p> <p>Ouvrir des lits surnuméraires à l'UTRF selon les capacités Responsable : Coordinatrice SAPA RNI-SGE</p>
<p>Actions : DJ</p>	<p>Assurer un arrimage des services en amont de l'urgence et faire les suivis requis avec les partenaires ayant orienté vers l'urgence lorsque celle-ci n'est pas requise. Responsable : coordonnatrice des services hospitaliers jeunesse et maison de naissance et gestionnaire de la psychiatrie jeunesse Assurer une prise en charge rapide par les services de la DJ des patients pédiatriques qui se présentent en crise psychosociale à l'urgence. Responsable : Coordinatrice des services hospitaliers et de la maison de naissance et gestionnaire de la psychiatrie jeunesse Rehausser la présence d'intervenants psychosociaux à l'urgence afin de diminuer les délais d'évaluation psychosociale et favoriser une prise en charge par les équipes de la DJ Responsable : gestionnaire de la psychiatrie jeunesse Réévaluation des patients admis en psychiatrie jeunesse en attente d'un lit à HPJ. Responsable : gestionnaire de la psychiatrie jeunesse et gestionnaire de la pédiatrie Admettre des patients adultes dans les lits de pédiatrie et des cas de santé physique femme en maternité et ce, selon les critères d'exclusion convenus. Responsable : coordonnatrice des services hospitaliers jeunesse et maison de naissance, coordonnatrice d'activités, gestionnaires des unités de pédiatrie et de maternité l'unité</p>	<p>Si le nombre d'usagers en pédiatrie et en psychiatrie jeunesse dépasse la capacité des lits, mettre en place le plan de surcapacité pédiatrique.</p>	<p>Si le nombre d'usagers en pédiatrie et en psychiatrie jeunesse dépasse la capacité des lits, mettre en place le plan de surcapacité pédiatrique.</p>

Niveau d'alerte	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3
Actions: DSMC	<p>Optimiser l'utilisation des alternatives a l'urgence via le 811 option 1, option 2 et 3 (Info-social, Info-santé et GAP). Relancer les publicités sur l'utilisation de ses services selon le taux d'occupation des urgences et en continu (plan de comm.) Assurer l'optimisation et le maintien des arrimages dans l'orientation des appels via les différentes trajectoires avec les partenaires internes et externes (Ex: organismes communautaires, PQPTM, GMF, CRISE, Violence conjugale, agression sexuelle, France-Qc). Responsabilité: directeur adjoint DSMC accueil - accès aux services.</p> <p>Les Réorientations des urgences via le Guichet d'accès première ligne afin d'assurer l'évaluation et la réorientation de la clientèle orpheline et inscrite collective vers les ressources internes et externes répondant aux besoins (GMF, OC, santé courante, etc.). Responsable: directeur adjoint DSMC accueil - accès aux services.</p> <p>Assurer la présence des chefs responsables des services pouvant permettre une prise en charge en communauté et limiter les visites a l'urgence. (équipe spécialisée (CEMCO) ou GMF sur des plages horaires étendues afin de limiter les visites à l'urgence, services de santé courants en CLSC). Responsable: Véronique Dion.</p> <p>Évaluer les besoins en professionnels en collaboration avec la DSI et la DSPPC et rediriger les professionnels vers les urgences ou les étages selon les besoins(c.-à-d. : annulation CE) Étendre les heures de présence de professionnels à l'urgence</p>		
Actions : DDR	<p>Libérer une place en RAC pour permettre son utilisation lors des désorganisations importantes afin d'éviter une présence en milieu hospitalier. Responsable: Chef de réadaptation-RAC.</p> <p>Assurer un suivi de toutes les demandes en attente avec condition à l'URFI. Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Réviser les listes de priorités d'hébergement en RIRTF. Responsable: Coordonnatrice SAD, RNI et services intégrés.</p> <p>S'assurer que tous les usagers NSA à l'URFI et à l'hôpital sont pris en charge par l'Équipe terrain NSA. Responsable: Coordonnatrice SAD, RNI et services intégrés.</p>	<p>S'assurer de consulter l'équipe NSA et les responsables de l'Équipe Terrain NSA (DDR ou DSAPA) pour explorer la possibilité d'un suivi intensif pour les usagers en attente de relocalisation à l'URFI ou à l'hôpital. Responsable: Coordonnatrice SAD, RNI et services intégrés.</p> <p>Réévaluer l'ensemble de la clientèle en URFI pour actualiser un congé précipité avec un service intensif externe, vers le CPA, l'UTRF Externe ou à domicile. Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Évaluer la possibilité d'achats de places dans la communauté. Responsable: Coordonnatrice SAD, RNI et services intégrés.</p> <p>Appliquer la procédure sur la Continuité des soins pour favoriser un hébergement transitoire en attendant la place d'hébergement permanente. Directrice DDR</p>	<p>Valider avec les physiatres si des admissions DP à venir peuvent être devancées à l'URFI (levé des conditions) . Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Regarder la possibilité de devancer les congés planifiés dans les jours à venir à l'URFI. Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Ouvrir les critères d'admission à la réadaptation fonctionnelle intensive aux usagers en SP ou d'intensité modérée si aucune usager DP en attente de l'URFI. Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Prioriser de la clientèle en centre hospitalier et même à l'urgence, le cas échéant vs autres demandes (priorisation du site qui est a plus de 120%). Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Explorer la possibilité d'ouvrir des lits supplémentaires pour les usagers en attente de réadaptation (variable 10a) selon la structure médicale et de soins disponibles. Responsable: Coordonnateur réadaptation physique et socioprofessionnel.</p> <p>Procéder à l'achat de places dans la communauté. Responsable: Coordonnatrice SAD, RNI et services intégrés.</p>